



# Γρηγόρης Επ. Γρίβας MD, MSc ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

IBCLC - Διεθνώς Πιστοποιημένος Σύμβουλος Γαλουχίας

28ης Οκτωβρίου 9, Άργος  
Τ 27513 06803 Κ 6932 545902  
@ grigorisgrivasped@yahoo.com



## ΕΠ ΑΟΡΙΣΤΟΝ ΓΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο/Η υπογεγραμμένος/-η \_\_\_\_\_,

κάτοικος \_\_\_\_\_,

με ΑΔΤ \_\_\_\_\_,

γονέα/κηδεμόνα του ανηλίκου [Όνοματεπώνυμο Παιδιού], γεννημένου/-ης την [Ημερομηνία Γέννησης],

ΣΥΝΑΙΝΩ ΡΗΤΩΣ και παρέχω επ' αόριστον συγκατάθεση στην/στον παιδίατρο

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Τηλ: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

να εκδίδει και να μου παρέχει ή να διαβιβάζει, κατόπιν σχετικού αιτήματος μου, ιατρικές βεβαιώσεις, γνωματεύσεις ή διοικητικά έγγραφα που αφορούν την κατάσταση υγείας του ανωτέρω παιδιού, αποκλειστικά για χρήση:

- από εκπαιδευτικούς φορείς (παιδικούς σταθμούς, σχολεία),
- από εργοδότες ή δημόσιους/ασφαλιστικούς οργανισμούς, στο πλαίσιο άδειας γονέα,
- από ασφαλιστικές εταιρείες για σκοπούς κάλυψης ή αποζημίωσης,
- καθώς και για λοιπές μη διαγνωστικές ή μη θεραπευτικές πράξεις διοικητικής φύσης, εφόσον τηρούνται οι αρχές προστασίας δεδομένων και το ιατρικό απόρρητο.

Κατανώ ότι διατηρώ το δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή τη συγκατάθεσή μου, κατόπιν σχετικής γραπτής ειδοποίησης προς τον ιατρό.

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: \_\_\_\_\_

[Υπογραφή / σφραγίδα ιατρού]